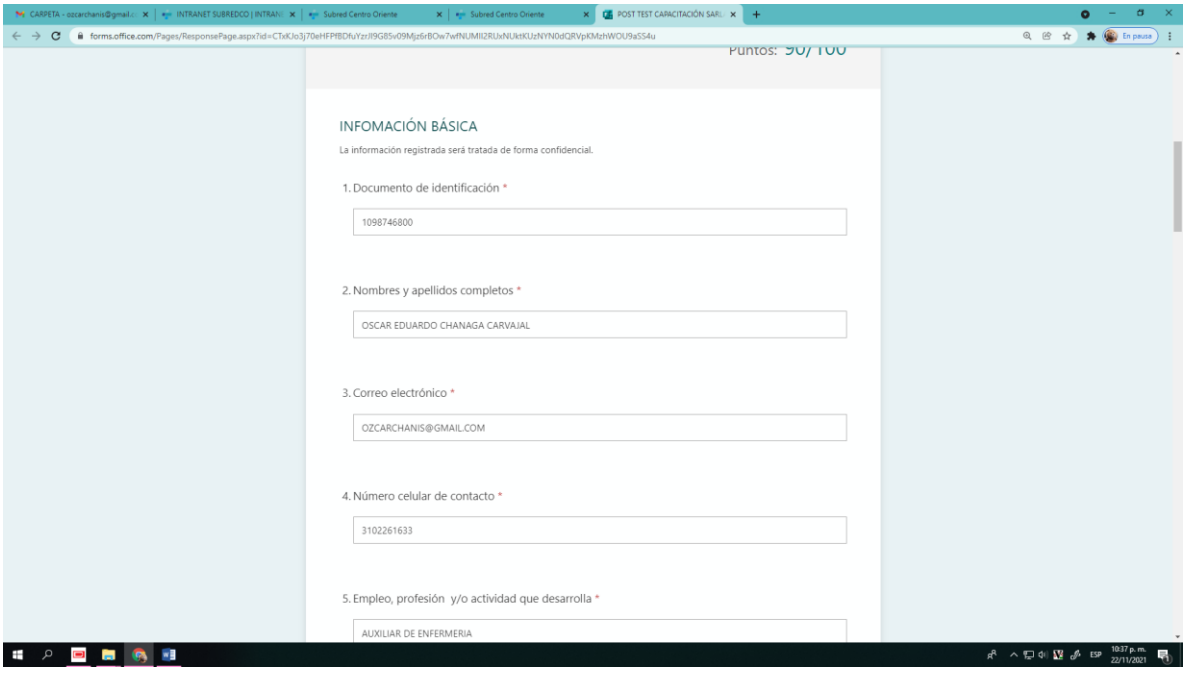

forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CTxlJo3j70eHFPfBDfuYzrJI9G85v09Mjz6rBOw7wfNUMII2RUxNUktKUzNYN0dQRVpKMzhWOU9aSS4u
POST TEST CAPACITACIÓN SARLAFT
El siguiente instrumento tiene como finalidad evaluar el conocimiento obtenido como resultado de la capacitación sobre el Sistema de Administración del Riesgo de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo - SARLAFT en cumplimiento de la Circular Externa 009 de 2016 de la Superintendencia Nacional de Salud y el Manual de Políticas y Procedimientos SARLAFT de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Para tal fin, responda cada uno de los diez enunciados de acuerdo a los rangos propuestos con honestidad y tranquilidad.
De conformidad con el marco normativo señalado anteriormente, tanto la capacitación como la respuesta al post-test son de carácter obligatorio para todo el personal de planta, Junta Directiva y el vinculado por Orden de Prestación de Servicios
Cada enunciado tiene un valor de 10 puntos y se superará la evaluación con un puntaje mínimo de 70/100.
El resultado de la evaluación debe ser impreso mediante un pantallazo (Impr Pant), copiándolo en un documento de Word; en el caso de los colaboradores de planta y Junta Directiva deberán remitir copia del documentado generado al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co
Para el personal vinculado mediante Orden de Prestación de Servicios y/o en proceso de contratación, deberán subir el resultado de la evaluación a la plataforma SECOP y enviar copia al correo electrónico sarlaft@subredcentrooriente.gov.co
Puntos: 90/100
INFOMACIÓN BÁSICA
La información registrada será tratada de forma confidencial.
1. Documento de identificación *


forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=CTxlJo3j70eHFPfBDfuYzrJI9G85v09Mjz6rBOw7wfNUMII2RUxNUktKUzNYN0dQRVpKMzhWOU9aSS4u
INFOMACIÓN BÁSICA
La información registrada será tratada de forma confidencial.
1. Documento de identificación *
1098746800
2. Nombres y apellidos completos *
OSCAR EDUARDO CHANAGA CARVAJAL
3. Correo electrónico *
OZCARCHANIS@GMAIL.COM
4. Número celular de contacto *
3102261633
5. Empleo, profesión y/o actividad que desarrolla *
AUXILIAR DE ENFERMERIA